

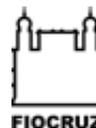


DIRECCIÓN GENERAL
PROGRAMAS DE SALUD



SERIE DE PROTOCOLOS DE MANEJO CLÍNICO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Módulo Introdutorio



Paraguay; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Serie de protocolos de manejo clínico para atención primaria
de la salud -- Asunción: OPS, 2011.-- 18 págs.

ISBN 978-99967-636-3-2

614.1

©Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial
de la Salud (OPS/OMS), Representación en Paraguay. 2011
<http://www.paho.org/par>

AUTORIDADES

Dra. Esperanza Martínez
Ministra

Dr. Edgar Giménez
Viceministro

Dra. Cristina Guillén
Directora General
Dirección General de Planificación y Evaluación

Dra. María del Carmen Gómez
Directora General
Dirección General de Atención
Primaria de la Salud

Lic. Martha Perrotta
Directora General
Instituto de Bienestar Social

Dra. Margarita Bazzano
Directora General
Dirección General de Programas
de Salud

Lic. Diana Rodríguez
Directora General
Dirección General de Promoción
de la Salud

Dr. Iván Allende
Director General
Dirección General de Vigilancia
de la Salud

Lic. Martín González
Director General
Dirección General de
Descentralización

Dra. Graciela Gamarra
Directora General
Dirección General de Información
Estratégica en Salud

Dra. Laura Duarte
Directora General
Dirección General de Gestión de
Insumos Estratégicos

Dra. Ana María Bordón
Directora General
Dirección General de Desarrollo
de Servicios y Redes de Salud

Lic. Pilar Roig
Directora General
Dirección General de Salud
Indígena

Dr. José Marín
Director General
Dirección Nacional Estratégica de
Recursos Humanos en Salud

Dra. Filomena Bejarano
Directora General
Dirección General de Asistencia a
Grupos Vulnerables

Ficha Técnica

Responsables

Dra. Margarita María Bazzano, *Directora General*
Dirección General de Programas de Salud

Dr. Iván Allende, *Director General*
Dirección General de Vigilancia de la Salud

Dra. María del Carmen Gómez, *Directora General*
Dirección General de Atención Primaria de la Salud

Coordinación y Redacción

Dra. Esther Navarro, *Asesora médica*
Dirección General de Programas de Salud

Dra. Raquel Rodríguez, *Asesora médica*
Dirección General de Atención Primaria de la Salud

Dr. Aldo Irala Ahrens
Dirección de Normas, Tecnología y Publicaciones
Dirección General de Atención Primaria de la Salud

Cooperación Técnica Brasil-Paraguay

TC41 – FIOCRUZ /MS-Brasil. MSPyBS Paraguay. OPAS Brasil. OPS Paraguay

Coordinación General

Dr. Antonio Ivo de Carvallho
Director Escuela Nacional de Salud Pública "Sergio Arouca"

Coordinación Técnica

Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos
Docente del Programa de Atención Primaria de la Facultad de Medicina
Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil

Equipo Técnico

Dr. Jorge Esteves Teixeira Jr.
Médico de Familia y Comunidad Teias Escola, ENSP-FIOCRUZ

Dra. Valeska Holst Antunes
Médica de Familia y Comunidad Teias Escola, ENSP-FIOCRUZ

Equipo Técnico OPS/OMS Paraguay

Dr. Rubén Figueroa
Representante

Dra. María Angélica Gomes
Asesora Sistemas y Servicios de Salud

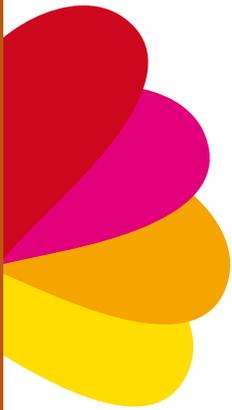
Dr. Enrique Vázquez
Asesor de Epidemiología y Control de Enfermedades

Laura Sánchez
Consultora en Comunicación Social

Dra. Miriam Riveros
Consultora temporal

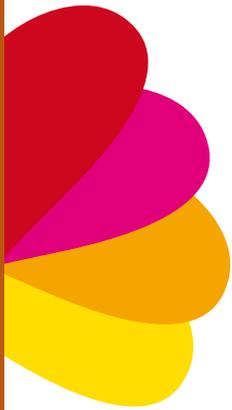
Diseño gráfico

Comunicación Visual S.R.L.



Índice

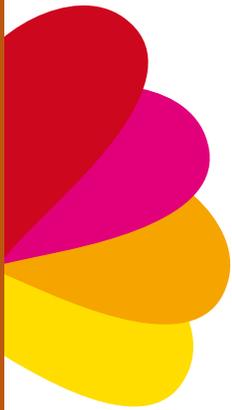
Presentación	9
Introducción	11
Metas de indiferencia cero y Contenido programático para la Atención Primaria de la Salud	13
Estructura de los Protocolos: Método SOAP	15
¿Qué es?	16
Ventajas de su aplicación	16
Ejemplo de utilización en la Historia Clínica	17



Participantes y colaboradores para la elaboración y validación

- Lic. Lucía Bogado, Directora, Dirección de Bioestadística Dirección General de Información Estratégica en Salud
- Dra. Felicia Cañete, Directora, Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
- Dr. Manuel Fresco, Director, Centro Nacional de Control de Adicciones
- Dra. Mirtha Mendoza, Directora, Dirección de Salud Mental
- Dra. María Victoria Alvarenga, Directora, Programa Nacional de Control de la Lepra
- Dra. Celia Martínez, Directora, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
- Dr. Víctor Sanmartín, Director, Programa Nacional de Control del Tabaquismo
- Dr. José Ortellado, Director, Programa Nacional de Prevención Cardiovascular
- Dra. Gilda Benítez, Directora, Programa Nacional de Diabetes
- Dra. Laura Mendoza, Directora, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
- Dra. Raquel Escobar, Directora, Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia
- Dr. Carlos Torres, Director, Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Dra. Concepción Giménez de Chamorro, Directora, Dirección de Salud Bucodental
- Lic. Blanca Mancuello, Directora, Dirección Nacional de Enfermería
- Dra. Luz Quintana, Directora, Programa Nacional de Salud Ocular
- Dra Margarita Ferreira, Consultora de Salud Sexual y Reproductiva, OPS, Paraguay.
- Dra. Margarita Villafane, Consultora VIH/Sida, OPS, Paraguay.
- Lic. Gladys Galeano, Directora, Instituto Nacional de Educación Permanente de Enfermería y Obstetricia
- Dra. Gladys Aquino, Jefa, Programa Nacional Prevención Cáncer de Cuello Uterino y Mamas
- Dra. Elke Strubing, Jefa, Dirección de Salud Integral de la Niñez
- Dra. Marta Ascurra, Jefa, Programa Nacional Prevención de Fibrosis Quística y Retardo Mental
- Lic. Nilda Recalde, Programa Nacional de Control de Accidentes y Lesiones de Causas Externas
- Dr. Diego Villagra, Director Regional de Alto Paraguay
- Dr. Rangel García, Encargado Regional de APS de Concepción
- Lic. Eusebio Verón, Encargado Regional de APS de Paraguari
- Dra. Stella Velázquez, Encargada Regional de APS de Capital
- Dra. Miriam Riveros, Sociedad de Medicina Familiar
- Dra. María Cristina Jiménez, Presidenta, Sociedad Paraguaya de Medicina Interna
- Dra. Teresita Araujo, Sociedad Paraguaya de Medicina Interna
- Dra. Estela Torres, Sociedad Paraguaya de Medicina Interna
- Dra. Aida Caballero Cantero, Presidenta, Sociedad Paraguaya de Diabetología
- Dr. Andrés Arce, Sociedad Paraguaya de Psiquiatría
- Dra. Elena De Mestral, Asociación Paraguaya de Medicina y Cuidados Paliativos
- Prof. Dr. Enrique De Mestral, Cátedra de Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas
- Dra. Milva Mencia, Programa de Residencia en Medicina Familiar del Centro Médico Bautista

- Dr. Carlos Mongelos, Presidente, Sociedad Paraguaya de Gineco-Obstetricia
- Dra. Tania Paiva, Programa Nacional de Diabetes
- Lic. Justina Zelada, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
- Dra. María Elsa Paredes, Dirección de Promoción de la Salud
- Lic. Rosalba Canela, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
- Lic. Alberto Bareiro, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
- Dr. Julio Correa, Programa Nacional de Control de la Lepra
- Dra. Nydia Zelaya, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
- Lic. Melissa Valdez, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
- Lic. Aidee Vázquez, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
- Lic. Claudia Sánchez, Programa Nacional de Control del Tabaquismo
- Dra. Alma Barboza, Programa Nacional de lucha contra el SIDA
- Dra. Cynthia Aranda, Programa Nacional de lucha contra el SIDA
- Lic. Gladys Benítez, Dirección Nacional de Enfermería
- Dr. José Vera, Dirección de Salud Mental
- Dra. María José Ávila, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
- Dr. Rubén Darío Ortiz, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
- Dra. Gladis Mora, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
- Lic. Victoria Peralta, Dirección General de Atención Primaria de la Salud
- Dra. Nancy Yegros, Dirección General de Atención Primaria de la Salud
- Dra. María Gloria Montórfano, Proyecto FSS- Fondo Mundial
- Dr. Wesley Smithd, Miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Mundial de Médicos de Familia (WONCA)
- Dr. Pablo Balmaceda, Dirección General de Salud Indígena
- Dr. Luis Meza, USF Marín Kaaguy, Central
- Lic. María Noelia Trigo, USF Piquete Kue, Limpio-Central
- Lic. Damián Sedliak, USF Isla Valle, Central
- Dr. Luis Pujol, USF Colonia Thompson, Central
- Lic. María Celsa Leguizamón, USF Capitán Giménez, Concepción
- Lic. Angélica Gonzales, Coordinadora de Programas, Concepción
- Lic. María Maidana, USF Santa Ana, Divino, Capital
- Lic. Soledad Espínola, USF Pedro Viera, Capital
- Dr. Rodrigo Aquino, USF San Alfonso, Capital
- Dra. Alicia Macedo, USF Republicano, Capital
- Dra. María Celeste López Mora, USF Potrero Ubaldina, Paraguari
- Dr. Luis Mendoza, USF Ñatiury Guazú, Paraguari
- Lic. Sandra Valdez, USF Nabarú, Paraguari
- Lic. María Zoraida Sánchez, USF Ñuati, Paraguari
- Dr. Néstor Castro, USF Jere, Paraguari
- Dr. Gustavo Leiva, USF Loma Guazú, Paraguari
- Lic. Carolina Camé, Nutricionista
- Lic. Beatriz Aquino, USF Nueva Colombia, Cordillera
- Lic. Mónica Martínez, USF Candía, Cordillera
- Dr. Ángel Brítez, USF 1° de Marzo, Cordillera
- Dr. José Riveros, USF Acuña, Cordillera



Presentación

En los últimos años el sistema nacional de salud se ha encontrado inmerso en un proceso de reorientación importante, propiciado por las Políticas Públicas en Calidad de Vida y Salud con Equidad, que parten del derecho a la salud y calidad de vida como derecho humano fundamental que se satisface con la universalización de los derechos humanos, sociales, y económicos. Una de nuestras metas es superar las inequidades en salud, requisito básico para el desarrollo humano y la consolidación democrática. Tenemos que avanzar hacia la universalización del acceso y la utilización de los servicios con oportunidades para las personas y grupos de población con mayores vulnerabilidades biológicas y sociales. Los que más necesitan deben tener mayores oportunidades de resolver sus problemas de salud.

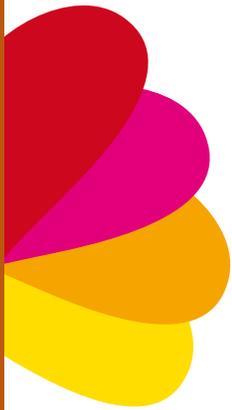
La Estrategia de Atención Primaria de la Salud tiene un papel fundamental para la consecución de este nuevo paradigma. Nos permite acercar la salud a la gente, incidir en el proceso salud-enfermedad en las comunidades desde una construcción social de la salud, asumiendo responsabilidad sanitaria y social sobre un determinado territorio. Además, a partir de ella, como inicio de un proceso permanente de atención, se desarrollan las Redes Integradas de Servicios de Salud –RISS– articuladas de tal forma que permitan dar respuesta a las necesidades para garantizar

el derecho a la salud. A finales del 2010 celebrábamos la instalación de 503 Unidades de Salud de la Familia como un primer paso decisivo en esta construcción.

Es necesario continuar avanzando, vencer las inercias que todavía pudieran retardar la modernización organizativa, estructural, tecnológica y de gestión de nuestras redes de servicios, incluyendo sus equipos de salud de la familia, para que lo enunciado en las Políticas Públicas se convierta en hechos concretos en beneficio del bienestar de la gente.

La realización de estos protocolos tiene dos objetivos complementarios: el primero se refiere a las posibilidades de uniformar las conductas clínicas en todo el país buscando garantizar que sean tomadas de forma integral para alcanzar la reducción y control de las afecciones y daños considerados prioritarios para la mejora de la salud y calidad de vida de las personas y comunidades. El segundo objetivo tiene relación con la función de establecer los mejores patrones de calidad posibles fortaleciendo un pacto por la salud con los ESF. Esto establece un compromiso del MSP y BS con la educación continuada y la mejora de los patrones asistenciales y organizativos de las unidades y equipos de salud de la familia. Por tanto, se trata de un proceso de cualificación permanente el que ahora inauguramos.

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud Pública y Bienestar Social



Introducción

Esta serie de Protocolos de Manejo Clínico para la Atención Primaria de la Salud –APS- nace con la intención de ser una ayuda práctica en el consultorio para el manejo de las patologías prevalentes en las comunidades donde los equipos de salud de la familia –ESF- desarrollan su tarea. Serán igualmente de ayuda a los profesionales que se desenvuelven en el ámbito de la atención primaria en otros establecimientos de salud. Pretenden, sin reemplazar al estudio cuidadoso de la bibliografía pertinente, servir de guía de fácil acceso para la toma de decisiones clínicas en las que consideramos tareas esenciales, situaciones, problemas o condiciones prevalentes y prioritarias en APS.

Surgen también como eslabón de una cadena que tiene su origen en el Contenido Programático de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad –PPCVSE-. El MSP y BS definió treinta y una metas de indiferencia cero para la APS que constituyen la declaración de que no se pueden admitir más sufrimientos innecesarios ni muertes evitables, por lo que se asume el compromiso de realizar el esfuerzo necesario para combatir sus causas. Con las metas de indiferencia cero como horizonte fueron concretadas las actividades programáticas por etapas del ciclo vital para los equipos de salud de la familia. Los Protocolos de Manejo Clínico para la APS son el conjunto de recomendaciones para realizar el diagnóstico y tratamiento más adecuado ante toda per-

sona con una determinada enfermedad o problema de salud, ofreciendo información y orientación para llevar a cabo con calidad las actividades programáticas encomendadas a los ESF.

Una de las grandes fortalezas de la atención primaria es la del trabajo en equipo. Éste no es simplemente la sumatoria de varios profesionales de la salud, sino el conjunto de profesionales que trabajan potenciando sinérgicamente sus capacidades, con responsabilidad sanitaria y social sobre un determinado territorio. Por ello cada protocolo comienza con las actividades que deben realizarse ante determinada enfermedad o problema de salud, desarrollando a continuación su abordaje mediante el método SOAP. Sus siglas, provenientes del inglés, representan el abordaje común del paciente en la primera consulta y en las de seguimiento: recolección de datos Subjetivos, Objetivos, Análisis y apreciación diagnóstica y por último la elaboración de un Plan. Optamos por esta metodología porque es la que nos permite trasladar con más facilidad los pasos habituales de la consulta al registro en la historia clínica y seguir la evolución del paciente.

La elaboración de estos materiales se ha realizado gracias al esfuerzo compartido de técnicos y profesionales competentes de cada área de las direcciones generales de Programas, Vigilancia, Atención Primaria de Salud del MSPyBS-Paraguay, la cooperación

TC41 Brasil Paraguay ENSP-FIOCRUZ y la OPS/OMS-Paraguay. En el proceso de elaboración y validación se contó con la participación de las sociedades científicas, instituciones educativas y representantes de los ESF.

Queremos destacar el inestimable apoyo de la cooperación del Gobierno de Brasil a través del TC-41, acuerdo de trabajo entre éste y la OMS que promueve la actuación de instituciones de Brasil en la cooperación sur-sur fomentando el funcionamiento de redes co-

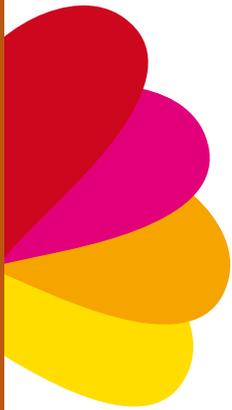
laborativas. En este marco, desde finales del año 2008 esta cooperación ha contribuido al desarrollo de la Atención Primaria de la Salud en nuestro país a través de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) y la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Esperamos que estos protocolos sean de utilidad para cuantos trabajan en la atención primaria de la salud con el compromiso de proteger y mejorar la salud de las personas y las comunidades, construyendo entre todos un Paraguay donde se viva más y mejor.

**Dra. María del Carmen
Gómez Directora General
DGAPS**

**Dr. Iván Allende
Director General
DGVS**

**Dra. Margarita María
Bazzano Directora General
DGPS**



Metas de indiferencia cero y contenido programático para la atención primaria de la salud

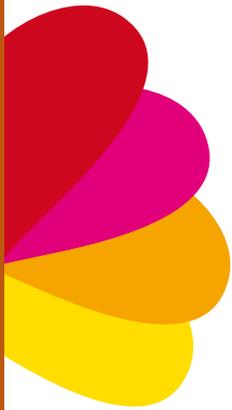
El contenido programático en salud pública es el conjunto de acciones que se deben realizar para mejorar la salud y calidad de vida de las personas. Por esto hay que partir del conocimiento de las necesidades sociales.

La Estrategia Promocional de la Equidad en Calidad de Vida y Salud organiza el contenido programático a partir de las necesidades sociales enunciadas como metas de indiferencia cero, expresando que se quiere llegar al máximo desarrollo posible de las personas. Estas metas son también el reconocimiento de que se asume el compromiso de trabajar para conseguir aquello que otros ya alcanzaron y que, por lo tanto, es posible. Se convierten así en el horizonte para cualquier planificación dando sentido y orientación a los programas, a la organización de los servicios de salud, de las redes de atención y a las acciones transectoriales. Se concretan en las comunidades, donde vive la gente y donde se pueden desarrollar acciones transectoriales con otras instituciones y organismos, con participación social protagónica.

Las metas de indiferencia cero para la atención primaria de la salud, orientadoras de las acciones a ser desarrolladas por los equipos de salud de la familia, son las que siguen:

1. Indiferencia cero para la mortalidad en menores de diez años
2. Indiferencia cero para la mortalidad materna
3. Indiferencia cero para la mortalidad de adolescentes
4. Indiferencia cero para las muertes y heridos en general por accidentes
5. Indiferencia cero a la caries en todas las etapas del ciclo vital
6. Indiferencia cero para el cáncer de cuello uterino
7. Indiferencia cero para la morbi-mortalidad por cáncer de mama
8. Indiferencia cero para el cáncer de próstata y pene
9. Indiferencia cero para las enfermedades prevenibles por vacunación
10. Indiferencia cero para la ausencia de cobertura y atención calificada de prenatal, parto y puerperio
11. Indiferencia cero para la incidencia de diarrea aguda y deshidratación en niñas, niños y adultos mayores
12. Indiferencia cero para los factores de riesgo del abuso de drogas legales e ilegales incluyendo tabaco y alcohol
13. Indiferencia cero para la violencia en todas sus formas contra niñas y niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores

14. Indiferencia cero para los accidentes de trabajo
 15. Indiferencia cero para el sufrimiento mental sin asistencia ni acompañamiento a lo largo del curso de vida
 16. Indiferencia cero para la hipertensión y diabetes sin diagnóstico ni asistencia a lo largo del curso de vida
 17. Indiferencia cero para la morbilidad por tuberculosis y lepra
 18. Indiferencia cero para las internaciones y muertes evitables por enfermedades respiratorias
 19. Indiferencia cero para la degradación ambiental de ambientes comunitarios, domésticos y peri-domésticos
 20. Indiferencia cero a la ausencia de screening para las enfermedades metabólicas congénitas (test del piecito)
 21. Indiferencia cero para la falta de seguridad alimentaria, la malnutrición y la desnutrición en todas las etapas de la vida
 22. Indiferencia cero para los factores de riesgo como la alimentación inadecuada, obesidad, falta de actividad física y contaminación ambiental
 23. Indiferencia cero para personas con trastornos por uso de sustancias adictivas sin tratamiento
 24. Indiferencia cero para la no disponibilidad y uso de métodos anticonceptivos
 25. Indiferencia cero para las situaciones de riesgo de suicidio no identificadas ni protegidas
 26. Indiferencia cero para la transmisión vertical de VIH y sífilis
 27. Indiferencia cero para las infecciones de transmisión sexual
 28. Indiferencia cero para las enfermedades osteo-articulares
 29. Indiferencia cero a la discapacidad en todas sus formas por causas prevenibles y a la falta de oportunidades para una vida independiente para las personas con discapacidad
 30. Indiferencia cero para las enfermedades transmitidas por vectores y roedores
 31. Indiferencia cero para las enfermedades zoonóticas
- Las tareas y acciones realizadas en atención primaria de la salud tienen como objetivo último mejorar la salud y calidad de vida de las personas y las comunidades. Ello implica necesariamente realizar un abordaje integral que incluya la dimensión biopsicosocial de las personas teniendo en cuenta la etapa del curso vital en la que se encuentran, sus relaciones y vínculos familiares, y las condiciones de vida directamente relacionadas con su entorno.
- La atención integral implica:
- Atención planificada y programada
 - Atención de cobertura universal según necesidades, continua en el espacio y en el tiempo y a lo largo de todo el curso vital
 - Integración en todo momento de lo somático y lo psíquico, lo individual y lo social y la promoción de la salud que incluye educación-información-comunicación, prevención, curación y rehabilitación
 - Considerar en todo momento el medio familiar y comunitario
 - Preocupación por el medio ambiente físico, psicosocial y cultural, desarrollando estrategias en estrecha coordinación y acción con otros sectores e instituciones



Estructura de los protocolos: Método SOAP¹

El profesional de salud debe estar siempre atento a la forma en cómo realiza los registros y cómo los utiliza. El médico/a debe siempre hacer un diagnóstico escrito, aunque éste sea provisorio, pues es una obligación ética y legal. El registro es una herramienta esencial en la práctica de APS, ya que refleja la calidad del cuidado y posibilita la comunicación, el aprendizaje y la investigación.

El registro clínico implica emitir un juicio basado en el análisis riguroso de la información, y tiene como funciones:

1. Acceder rápidamente a los datos del paciente
2. Ofrecer datos continuos sobre los problemas de salud
3. Reflejar y valorar la evolución de los pacientes, facilitando el acompañamiento a los mismos

4. Ofrecer datos para decidir sobre actividades preventivas, educativas, informativas, de comunicación y consejería
5. Servir de fuente de información para la mejora de la calidad de la atención, para las auditorías y para la educación permanente

El registro beneficia, sobre todo, a los pacientes crónicos, que necesitan de cuidados continuos, debiendo reflejar el grado de control de la enfermedad y/o de los problemas previos. De esta forma, se pueden prevenir problemas potencialmente significativos derivados del estado de salud en que el enfermo se encuentra, por ejemplo diabético no compensado, o con historia de internación por coma diabético.

El registro sistemático en la historia clínica permite definir el tipo de cuidado y su cronología, identificar informaciones que pueden orientar sobre la naturaleza de los problemas presentados por el paciente y planificar actividades preventivas.

Cuando se trata de organizar los datos de la evolución de la enfermedad del paciente tanto en la primera como en las sucesivas consultas, es útil la metodología SOAP. Ésta permite valorar con especial interés la aparición de complicaciones o nuevos datos y su interpretación, la respuesta terapéutica y la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales. Presenta además buena adaptabilidad para sus futuras aplicaciones a la informática.

Referencias Bibliográficas

1. Queiroz Maria João. SOAP Revisitado, Rev Port Clin Geral 2009; 25:221-7
2. Simões José Augusto *A consulta em Medicina Geral e Familiar Rev Port Clin Geral 2009; 25:197-8
3. Lopes Antonio Alberto. Prontuário Orientado por Problemas e Evidências (POPE). O Contexto do SOAP. FM, UFBA, 2005
4. Maldonado, Daniel C, Zuniga, Cynthia, Uzelac Peter S. SOAP for Family Medicine. Lippincord Williams & Wilkins. Maryland, BA, USA. 2005
5. República del Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Expediente Único para la Historia Clínica, Agosto 2007

¿Qué es?

El SOAP es un método para el seguimiento de pacientes que permite sistematizar y racionalizar los registros clínicos, esto es, disponer de una traducción escrita, resumida, objetiva y sin detalles superfluos, de un evento de consulta. Sus componentes se correlacionan armónicamente con los pasos de la consulta, facilitando la descripción del raciocinio clínico desarrollado y el seguimiento de los pacientes.

Sus componentes son cuatro:

Subjetivo: Registra los datos recogidos en el interrogatorio, conjuntamente con las impresiones subjetivas del médico y las expresadas por el paciente y sus familiares o acompañantes.

Objetivo: Son los datos positivos y negativos de valor del examen físico y/o exámenes complementarios.

Análisis y apreciación diagnóstica: Identifica el o los problemas, su magnitud y la evolución de los mismos. Una vez obtenidos los datos a través del interrogatorio, el examen físico y los estudios complementarios, se evalúan y se expresan por medio del enunciado de un problema. La formulación de los problemas debe ser lo más precisa posible, debiendo constituir un juicio clínico. No es necesario incluir condiciones agudas auto-limitadas y que no presentan relevancia para el seguimiento futuro del paciente.

Plan: se compone de,

Plan diagnóstico: Se consignan las pruebas solicitadas o que se solicitarán para aclarar un problema o llegar a un diagnóstico.

Plan terapéutico: Se registran las indicaciones terapéuticas planteadas como medicamentos, dietas, cambio de hábitos, etc. La medicación prescrita es considerada el componente más importante en los registros de seguimiento, debiendo por eso estar bien identificada.

Plan de seguimiento: Aquí se exponen los planes ideados para controlar la evolución de cada problema.

Plan de educación: Breve descripción de la información que se da al paciente acerca de su problema.

Ventajas de su aplicación

- Permite el abordaje de los pacientes basado en problemas, aspecto de importancia capital en la APS ya que ésta hace al cuidado longitudinal del paciente.
- Facilita realizar una atención integral.
- Involucra a todo el equipo en el registro.
- Se logra obtener la secuencia del registro tornándose en un método de registro longitudinal por excelencia. La independencia de cada episodio de consulta registrado permite su análisis transversal, hecho que puede ser usado para fines como la formación continua o la recopilación de información para otras bases de datos, entre otros.
- La organización de los datos usando las "4 letras" en posiciones fijas y secuenciales, en la que el mismo tipo de datos es siempre registrado en la misma posición relativa, facilita la lectura y la búsqueda retrospectiva de datos ahorrando tiempo.
- Permite registrar mucha información en pocas palabras, evitando datos accesorios e intrascendentes, ya que deben registrarse sólo los datos relacionados con los problemas pertinentes, respetando,

- al mismo tiempo, la cronología de los acontecimientos.
- Facilita obtener rápidamente la retroalimentación de los procedimientos efectuados para actualizar la lista de problemas y ajustar el plan.
 - Permite percibir la lógica del abordaje clínico realizado, pues fácilmente correlaciona el plan con la evaluación, los datos objetivos con las quejas presentadas, evitando las especulaciones sobre las intenciones del médico.
 - Uniforma el modo de registrar las consultas de todos los usuarios facilitando la comprensión de las medidas tomadas por los equipos a lo largo del tiempo.
 - Facilita la comunicación entre los equipos y con otros servicios de las RISS.
 - Viabiliza el futuro proceso de informatización de los registros clínicos.
 - Permite el monitoreo de la calidad de los procesos desarrollados en la consulta y la atención a la salud de los pacientes, familias y grupos de las comunidades.

Ejemplo de utilización del SOAP en la historia clínica

S- Viene para control. Tiene diabetes tratada con dieta desde hace cinco años. No se controla.

O- Ex. Físico: IMC 29, TA 140/90, lesiones (solución de continuidad, descamación) en los espacios interdigitales ambos pies.

A- Diabetes Mellitus no controlada (descartar daño renal y retinopatía)

Sobrepeso

Hipertensión arterial

Micosis interdigital

P-

Diagnóstico:

Glucemia, creatinina, micro-albuminuria, Hb-glicosilada, colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos. Interconsulta oculista para fondo de ojo.

Terapéutico:

Diabetes y Sobrepeso: a) dieta ordenada, balanceada, hipocalórica, sin azúcar b) caminatas

Micosis: a) lavado y secado de los pies b) antimicótico local en el calzado y en los pies.

Seguimiento:

Diabetes: HGT diario antes del desayuno por una semana y control en la USF.

Sobrepeso: monitoreo semanal del peso.

Tensión Arterial elevada: monitoreo ambulatorio por enfermería, determinaciones en días diferentes.

Educativo:

Hablo sobre la Diabetes, complicaciones (micosis), riesgos, problemas asociados (HTA, Obesidad), importancia de la dieta, el control.

ISBN: 978-99967-636-3-2



9 789996 763632

**SERIE DE PROTOCOLOS DE
MANEJO CLÍNICO PARA ATENCIÓN
PRIMARIA DE LA SALUD**

**Módulo
Introdutorio**